

Module 10	Cancérologie	Oncohématologie	Auteur : Pr Jacqmin
Titre	CANCER DU TESTICULE		
Objectifs pédagogiques	<ul style="list-style-type: none"> ○ Faire le diagnostic de cancer du testicule. ○ Expliquer au patient l'importance du suivi dans les stades précoces. ○ Expliquer au patient l'importance d'une chimiothérapie bien conduite. ○ Inciter le patient à faire une conservation du sperme avant le traitement pour limiter les effets d'une possible stérilité. ○ Surveiller à long terme ces patients en collaboration avec le spécialiste 		
ENC Item 160	Tumeurs du testicule		
Objectifs ENC :	<ul style="list-style-type: none"> ○ Diagnostiquer une tumeur du testicule 		

INTRODUCTION :

Les cancers du testicule touchent l'homme jeune et l'enfant leur incidence est maximale entre 17 et 50 ans. Les séminomes représentent 30 à 40 % des tumeurs germinales testiculaires de l'adulte. Les tumeurs non séminomateuses sont les plus nombreuses de 60 à 70%.

EXAMEN CLINIQUE, INVENTAIRE ET TRAITEMENT LOCAL :

Les symptômes :

Ils peuvent être locaux ou bien refléter une maladie disséminée. Le signe le plus fréquent est une augmentation indolore du volume testiculaire, le suivant est un testicule douloureux. Cette douleur peut avoir des caractéristiques variables, aiguë et brutale simulant une torsion et correspondant à une hémorragie ou un infarctus intratumoral. Mais il peut s'agir d'une épидидymite aiguë révélatrice.

Le patient peut avoir lui-même perçu ou palpé un nodule dur intratesticulaire. Il peut avoir une sensation de pesanteur scrotale ou une douleur hypogastrique.

En cas de dissémination le patient peut percevoir une masse abdominale ou sus-claviculaire gauche reflétant une atteinte ganglionnaire, il peut avoir des signes pulmonaires ou simplement une altération de l'état général avec une asthénie, une anorexie et un amaigrissement.

Examen clinique :

Les deux testicules doivent être examinés pour avoir un élément comparatif et pour dépister les exceptionnelles formes bilatérales synchrones.

Le testicule est palpé entre les doigts, on apprécie sa consistance et le sillon épидидymo-testiculaire doit être perçu.

Une hydrocèle peut parfois gêner l'examen si elle est importante et sous tension. On perçoit le plus souvent un nodule dur intratesticulaire ou un testicule induré globalement augmenté de volume. Le cordon est systématiquement palpé à la recherche d'une infiltration, de même que l'abdomen et le creux sus-claviculaire gauche. Un examen thoracique avec auscultation, un examen et une palpation des seins doivent être faits.

Tout délai entraînant un retard au diagnostic doit être évité pour limiter le risque de progression de la maladie qui aurait un effet pronostique défavorable majeur sur la survie.

Dès que le diagnostic est soupçonné les marqueurs sériques doivent être prélevés : AFP (alpha-foeto-protéine), β HCG (chaîne bêta de la gonadotrophine chorionique), LDH (lactico-deshydrogénase).

En cas de doute avec un diagnostic autre (épididymite, orchite...) on doit faire une échographie testiculaire qui recherche une lésion dans le parenchyme testiculaire.

Tout nodule testiculaire doit être considéré comme suspect et entraîner une exploration chirurgicale dans les jours suivant le diagnostic.

L'exploration chirurgicale :

Permet de faire le diagnostic et de préciser le type histologique de la tumeur. C'est le premier temps de l'inventaire d'extension. L'orchidectomie est faite par voie inguinale avec ligature première du cordon au niveau de l'orifice inguinal. L'abord scrotal doit être évité car il expose à la récurrence locale.

Lorsque le diagnostic est précisé par l'histologie, l'inventaire d'extension est effectué comprenant au minimum un scanner thoracique et abdomino-pelvien. Une scintigraphie osseuse, un scanner cérébral ou d'autres examens sont indiqués en cas de signes d'appel.

Classification :

La classification la plus utilisée de nos jours fait appel à 4 stades, le stade I pour une maladie purement testiculaire avec inventaire d'extension négatif et normalisation des marqueurs après

orchidectomie, le stade II pour des métastases ganglionnaires uniquement abdominales, le stade III lors de métastases ganglionnaires sus-diaphragmatiques et le stade IV en présence de métastases hémotogènes, avant tout pulmonaires plus rarement hépatiques, cérébrales ou osseuses (pour détail voir tableau 1).

Une classification plus détaillée établie conjointement par l'American Joint Committee on Cancer et l'Union Internationale Contre le Cancer en 1997 en III stades et plusieurs sous-stades avec leur équivalence dans la classification TNM, tient compte également de l'extension locale de la tumeur et du taux des marqueurs sériques.

Formes particulières :

Deux situations particulières doivent être individualisées :

- *La tumeur sur testicule non descendu :*

Le risque de tumeur semble plus important sur ce terrain particulier, ceci doit inciter à traiter tôt les testicules non descendus et à sacrifier ceux qui n'ont plus de fonction hormonale indispensable.

- *Le carcinome in situ testiculaire :*

Il est plus fréquemment mis en évidence chez les patients explorés pour troubles de la fertilité. La conduite à tenir dans cette situation n'est pas encore précisée. Les attitudes vont de la surveillance simple à l'orchidectomie.

Conservation du sperme :

La population atteinte étant jeune et sexuellement active une conservation du sperme doit être effectuée avant la mise en route de thérapeutiques pouvant altérer la lignée germinale.

TRAITEMENT COMPLEMENTAIRE DES STADES I : *traitement ou surveillance ?*

Les éléments du choix :

En l'absence de traitement complémentaire, le taux d'évolution métastatique secondaire dans les cancers testiculaires de stade I (normalisation des marqueurs après orchidectomie, scanner thoracique et abdomino-pelvien normal) est faible, de l'ordre de 15 à 30% en fonction du type histologique. L'attitude classique qui consiste à traiter les séminomes de stade I après orchidectomie par radiothérapie lombo-aortique et pelvienne homolatérale permet d'obtenir un taux de guérison sans rechute supérieur à 95 % et un taux de survie à 5 ans proche de 100 % mais constitue un traitement inutile et peut entraîner des effets secondaires chez 85 % des patients qui n'auraient pas rechuté sans traitement. Pour les tumeurs non séminomateuses, la

chimiothérapie systématique permet d'avoir à taux de survie à 5 ans proche de 100% mais impose un traitement inutile et toxique à 70% au moins des patients. L'alternative est de se borner à une surveillance clinique, biologique et iconographique régulière et de ne traiter qu'en cas d'évolution métastatique.

Modalités et résultats de la radiothérapie :

La radiothérapie adjuvante des séminomes de stade I est classiquement dirigée sur les aires lombo-aortique et pelvienne homolatérale en 2 champs opposés antéro-postérieurs allant du bord supérieur de D10 à la partie supérieure du trou obturateur et délivrant 25 Gy en 20 fractions.

Les effets secondaires de la radiothérapie à ces faibles doses consistent en une incidence augmentée d'ulcères peptiques, d'azoospermie et peut-être de cancers secondaires, essentiellement cancers gastriques et leucémies. La limitation de la radiothérapie au seul champ lombo-aortique de D11 à L5 augmente le risque de récurrence pelvienne qui reste très faible dans l'absolu (2 %) et diminue significativement le risque d'azoospermie.

Modalités et résultats de la surveillance seule :

Dans une étude du Princess Margaret Hospital de Toronto, 202 séminomes de stade I ont été traités par simple surveillance entre 1981 et 1993. Avec un recul médian de 5 ans, le taux de rechute, essentiellement rétropéritonéal, fut de 16 %, et 30 des 31 patients qui ont rechuté ont pu être guéri secondairement par chimiothérapie ou radiothérapie avec une survie à long terme de 99 % dans cette série. Cependant, les rechutes observées peuvent être tardives (23 % au-delà de la 2ème année) et il semble nécessaire aux auteurs de poursuivre la surveillance pendant 10 ans.

Pour les tumeurs non séminomateuses, le taux de rechutes rétropéritonéales ou pulmonaire est au maximum de 30%, ces rechutes sont observées au cours des deux premières années, la poursuite de la surveillance doit durer au moins cinq ans.

Un schéma de surveillance qui peut être proposé est de pratiquer un examen clinique avec dosage des marqueurs (LDH, AFP, β HCG), un cliché thoracique et une échographie ou un scanner abdomino-pelvien tous les deux mois la première année, tous les 3 mois la deuxième année, tous les 4 mois la 3ème année, puis tous les 6 mois à partir de la 4ème année. Le côté astreignant de cette attitude de simple surveillance, qui doit dans tous les cas être réservée aux

patients disciplinés et capables d'en comprendre les tenants et les aboutissants doit être mis en balance avec les effets secondaires encourus chez les patients traités par radiothérapie ou chimiothérapie systématiques. Compte tenu de l'enjeu, cette surveillance doit être assurée par des cliniciens et des radiologues entraînés. Tout patient n'adhérant pas à la surveillance devra avoir un traitement de principe.

TRAITEMENT DES SEMINOMES DE STADES IIA-B : *la radiothérapie reste consensuelle.*

Ses modalités sont comparables à celles décrites pour les stades I, mais la dose délivrée est augmentée à 35 Gy sur les zones atteintes. L'irradiation médiastinale n'est plus recommandée en raison de sa toxicité hématologique et pulmonaire, certains auteurs maintiennent l'irradiation des aires sus-claviculaires.

Le taux de guérison sans rechute à 10 ans est de l'ordre de 90 % et le taux de survie globale à 10 ans de 95 %. Les résultats excellents de la chimiothérapie dans les stades plus évolués permettent de poser la question du recours à la chimiothérapie d'emblée dans les stades IIA - IIB.

**TRAITEMENT DES SEMINOMES DE STADES EVOLUES IIC, IID, III et IV ET
DES TUMEURS NON SEMINOMATEUSES DE STADE II OU PLUS :**

la chimiothérapie est remarquablement efficace.

Modalités de la chimiothérapie :

Les tumeurs du testicule sont remarquablement sensibles aux chimiothérapies par sels de platine. Il semble ressortir des études pratiquées jusqu'à ce jour que les combinaisons à base de cisplatine doivent être préférées au carboplatine qui est grevé d'un taux de rechute plus élevé. Les combinaisons de chimiothérapie de type BEP (bléomycine, etoposide, cisplatine), EP (etoposide, cisplatine), IOP (ifosfamide, vincristine, cisplatine) donnent des taux de réponse supérieurs à 85 % et des taux de survie à 10 ans supérieurs à 90 % dans ces stades avancés.

Les rechutes après chimiothérapie pour le séminome sont rares et de meilleur pronostic que les rechutes des tumeurs germinales non séminomateuses, et plus de cinquante pour cent des patients ont des rémissions durables avec une chimiothérapie de sauvetage associant

vinblastine, ifosfamide et cisplatine. Le traitement des malades réfractaires à ce type d'association reste du domaine des essais prospectifs.

Traitement des masses tumorales résiduelles après chimiothérapie :

Suivant l'importance de la masse tumorale initiale, trente à quatre vingt pour cent des patients de stade IIC à IV ont des masses résiduelles de taille supérieure à 1 cm après chimiothérapie. Le curage ganglionnaire rétropéritonéal des cancers du testicule après chimiothérapie peut être extrêmement difficile, en raison d'une fibrose extensive et plusieurs séries font état d'une morbidité voire d'une mortalité opératoire non négligeable. La plupart des auteurs s'accordent pour considérer qu'il persiste de la tumeur viable dans 20 à 30 % des résidus supérieurs à 3 cm. Cette chirurgie doit idéalement être pratiquée dans des centres expérimentés.

EN CONCLUSION :

Actuellement, de plus en plus de tumeurs testiculaires (60 % des cas environ) sont diagnostiquées à un stade précoce. Une meilleure information du public sur les tumeurs testiculaires (cancers les plus fréquents chez l'homme entre 20 et 35 ans) et un dépistage par autopalpation des bourses, permettrait de diminuer encore l'incidence des formes évoluées et d'atteindre un taux de curabilité proche de 100 % avec un taux de séquelles thérapeutiques minimal.

Dans les formes précoces la surveillance est de plus en plus utilisée. Dans les formes plus avancées, la chimiothérapie donne d'excellent résultats et peut être complétée par la chirurgie lorsque le résultat est incomplet.

Une prise en charge mal adaptée au moment du diagnostic entraîne une perte de chance significative.

Tableau 1

Classification en stades (dérivée de Boden)

Stade I :

- tumeur limitée au testicule
- inventaire d'extension négatif
- normalisation postopératoire des marqueurs

Stade II : métastases ganglionnaires rétropéritonéales de diamètre transversal :

- < 2 cm : stade IIA
- < 5 cm : stade IIB
- < 10 cm : stade IIC
- > 10 cm : stade IID

Stade III : métastases ganglionnaires sus- et sous-diaphragmatiques.

Stade IV : métastases viscérales :

- pulmonaires
- hépatiques
- osseuses
- cérébrales
- autres